

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

---

ANNEE 1930

THÈSE

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

(DIPLOME D'ÉTAT)

PAR

LUCIEN GAUTROT

Né à Bézè (Côte-d'Or), le 4 Septembre 1889.

---

LES

ÉTATS PRÉCANCÉREUX  
DU COL UTÉRIN

---

*Président ; M. JEAN-LOUIS FAURE, Professeur*

---

PARIS

AMÉDÉE LEGRAND, ÉDITEUR

93, BOULEVARD SAINT-GERMAIN

---

1930



**THESE**  
**POUR**  
**LE DOCTORAT EN MÉDECINE**

UNIVERSITY OF MICHIGAN LIBRARY

THE UNIVERSITY OF MICHIGAN

LIBRARY OF THE UNIVERSITY OF MICHIGAN

THE UNIVERSITY OF MICHIGAN

LIBRARY OF THE UNIVERSITY OF MICHIGAN

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

---

ANNEE 1930

# THÈSE

N° \_\_\_\_\_

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

(DIPLOME D'ÉTAT)

PAR

GAUTROT

Né à Bèze (Côte-d'Or), le 4 Septembre 1889

---

LES

# ÉTATS PRÉCANCÉREUX DU COL UTÉRIN

---

*Président : M. JEAN LOUIS FAURE, Professeur*

---

PARIS

AMÉDÉE LEGRAND, ÉDITEUR

93, BOULEVARD SAINT-GERMAIN

1930

# LE DOYEN. . . . . M. ROGER.

## I. — PROFESSEURS

MM.

|                                                                        |               |
|------------------------------------------------------------------------|---------------|
| Anatomie. . . . .                                                      | ROUVIÈRE.     |
| Anatomie médico-chirurgicale et chirurgie expérimentale. . . . .       | CUNÉO.        |
| Physiologie. . . . .                                                   | ROGER.        |
| Physique médicale. . . . .                                             | STROHL.       |
| Chimie médicale. . . . .                                               | DESGREZ.      |
| Bactériologie. . . . .                                                 | LEMIERRE.     |
| Parasitologie et histoire naturelle médicale. . . . .                  | BRUMPT.       |
| Pathologie et thérapeutique générales. . . . .                         | N...          |
| Pathologie médicale. . . . .                                           | N...          |
| Pathologie chirurgicale. . . . .                                       | LECÈNE.       |
| Anatomie pathologique. . . . .                                         | ROUSSY        |
| Histologie. . . . .                                                    | CHAMPY        |
| Pharmacologie et matière médicale. . . . .                             | TIFFENEAU.    |
| Thérapeutique. . . . .                                                 | LœPER.        |
| Hygiène et médecine préventive. . . . .                                | TANON.        |
| Médecine légale. . . . .                                               | BALTHAZAR.    |
| Histoire de la médecine et de la chirurgie. . . . .                    | MÉNÉTRIÉR.    |
| Pathologie expérimentale et comparée. . . . .                          | RATHERY.      |
| Hydrologie, thérapeutique et climatologie. . . . .                     | M. VILLARÉT.  |
| Clinique médicale. . . . .                                             | CARNOT        |
|                                                                        | BEZANÇON.     |
|                                                                        | ACHARD.       |
|                                                                        | Marcel LABBÉ. |
| Hygiène et clinique de la première enfance. . . . .                    | LEREBoullet.  |
| Clinique des maladies des enfants. . . . .                             | NCBÉCOURT.    |
| Clinique des maladies mentales et des maladies de l'encéphale. . . . . | H. CLAUDE.    |
| Clinique des maladies cutanées et syphilitiques. . . . .               | GOUGEROT.     |
| Clinique des maladies du système nerveux. . . . .                      | GUILLAIN.     |
| Clinique des maladies infectieuses. . . . .                            | TEISSIER.     |
|                                                                        | DELBET.       |
| Clinique chirurgicale. . . . .                                         | HARTMANN      |
|                                                                        | LEJARS.       |
|                                                                        | GOSSET.       |
| Clinique ophtalmologique. . . . .                                      | TERBIEN.      |
| Clinique urologique. . . . .                                           | LEGUEU.       |
|                                                                        | COUVELAIRE.   |
| Clinique d'accouchements. . . . .                                      | BRINDEAU.     |
|                                                                        | JEANNIN.      |
| Clinique gynécologique. . . . .                                        | J.-L. FAURE.  |
| Clinique chirurgicale infantile et orthopédie. . . . .                 | OMBRÉDANNE.   |
| Clinique thérapeutique médicale. . . . .                               | VAQUEZ.       |
| Clinique oto-rhino-laryngologique. . . . .                             | SEBILEAU.     |
| Clinique thérapeutique chirurgicale. . . . .                           | Pierre DUVAL. |
| Clinique propédeutique. . . . .                                        | SERGEANT.     |
| Clinique de la tuberculose. . . . .                                    | Léon BERNARD. |
| Professeur sans chaire. . . . .                                        | BRANCA.       |
| Professeur sans chaire. . . . .                                        | MAUCLAIRE.    |



## II. — AGRÉGÉS EN EXERCICE

MM.

ALAJOUANINE Neurologie et psychiatrie.  
 AUBERTIN Pathologie médicale.  
 BÉNARD (Henri) Pathologie médicale.  
 BINET . . . . . Physiologie.  
 BLANCHETIÈRE. Chimie biologique.  
 BROCO . . . . . Pathologie chirurgicale.  
 BRULÉ. . . . . Pathologie médicale.  
 CADENAT . . . . . Pathologie chirurgicale.  
 CATHALA . . . . . Pathologie médicale.  
 CHABROL . . . . . Pathologie médicale.  
 CHEVALLIER . . . . . Pathologie médicale.  
 DE GAUDART D'ALLAINES Pathologie chirurgicale.  
 DOGNON. . . . . Physique.  
 DONZELOT. . . . . Pathologie médicale.  
 ÉCALLE . . . . . Obstétrique.  
 FEY . . . . . Urologie.  
 GARNIER. . . . . Pathologie expérimentale.  
 GASTINEL. . . . . Bactériologie.  
 GATELLIER . . . . . Pathologie chirurgicale.  
 GIROUD . . . . . Histologie.  
 HARVIER. . . . . Pathologie médicale.  
 HOVELACQUE. Anatomie.  
 HUTINEL. . . . . Pathologie médicale.  
 JOANNON . . . . . Hygiène.  
 JOYEUX . . . . . Parasitologie.

MM.

LABBE (Henri). . . Chimie biologique.  
 LAROCHE (Guy). Pathologie médicale.  
 LEMAITRE. . . . . Oto-rhino-laryngologie.  
 LEROUX . . . . . Anatomie pathologique.  
 LEVEUF . . . . . Pathologie chirurgicale.  
 LIAN. . . . . Pathologie médicale.  
 MERCIER (Fern.) Pharmacologie.  
 MONDOR. . . . . Pathologie chirurgicale.  
 MOREAU . . . . . Pathologie médicale.  
 MOULONGUET. Pathologie chirurgicale.  
 MOURE. . . . . Pathologie chirurgicale.  
 MULON. . . . . Histologie.  
 OBERLING. . . . . Anatomie pathologique.  
 OLIVIER. . . . . Anatomie.  
 PIÉDELIÈVRE . . . Médecine légale.  
 PORTES . . . . . Obstétrique.  
 QUÉNU. . . . . Pathologie chirurgicale.  
 RICHET . . . . . Physiologie.  
 SÉZARY . . . . . Dermatologie et syphiligraphie.  
 VALLERY-RADOT (Pasteur). . . Pathologie médicale.  
 VAUDESCAL. . . . . Obstétrique.  
 VELTER . . . . . Ophthalmologie.  
 VERNE. . . . . Histologie.  
 VIGNES . . . . . Obstétrique.

## III. — AGRÉGÉS RAPPELÉS A L'EXERCICE

pour le service des examens

MM.

BUSQUET . . . . . Pharmacologie.  
 GUÉNIOT. . . . . Obstétrique.  
 LEQUEUX . . . . . Obstétrique.

MM.

NEVEU-LEMAIRE Parasitologie.  
 RETTERER. . . . . Histologie.  
 ZIMMERN . . . . . Physique.

#### IV. — AGRÉGÉS CHARGÉS DE COURS DE CLINIQUE

à titre permanent

| MM.                  |                        | MM.             |                        |
|----------------------|------------------------|-----------------|------------------------|
| ALGLAVE . . . .      | Clinique chirurgicale. | LÉRI. . . . .   | Clinique médicale.     |
| AUVRAY. . . . .      | Clinique chirurgicale. | MOCQUOT. . . .  | Clinique chirurgicale. |
| CHEVASSU. . . .      | Clinique chirurgicale. | PROUST. . . . . | Clinique chirurgicale. |
| LAIGNEL-LAVASTINE. . | Clinique médicale.     | SCHWARTZ. . . . | Clinique chirurgicale. |
| LE LORIER. . . .     | Clinique obstétricale. |                 |                        |

#### V. — CHARGÉS DE COURS

|                                                    |   |                                                                                                                                             |
|----------------------------------------------------|---|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| MM. MAUCLAIRE, professeur<br>sans chaire . . . . . | } | Chargé du cours de chirurgie orthopédique<br>chez l'adulte pour les accidents du travail,<br>les mutilés de guerre et les infirmes adultes. |
| FREY . . . . .                                     |   | Stomatologie.                                                                                                                               |
| CHAILLEY-BERT . . . . .                            |   | Éducation physique.                                                                                                                         |
| LEDoux-LEBARD . . . . .                            |   | Radiologie clinique.                                                                                                                        |
| WEILL-HALLÉ . . . . .                              |   | Puériculture.                                                                                                                               |

---

*Par délibération en date du 9 Décembre 1798, l'Ecole a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées, doivent être considérées comme propres à leurs auteurs et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.*

---

1. — Les plantes

2. — Les animaux

3. — Les objets

**A LA MÉMOIRE DE MON PÈRE**

**A MA MÈRE**

**A MA FEMME**

**AUX MIENS ET A MES AMIS**

A MON PRÉSIDENT DE THÈSE

M. LE PROFESSEUR JEAN-LOUIS FAURE

PROFESSEUR DE CLINIQUE GYNÉCOLOGIQUE

MEMBRE DE L'ACADÉMIE DE MÉDECINE

CHEVALIER DE LA LÉGION D'HONNEUR

*Hommage respectueux pour le grand  
honneur qu'il nous a fait en accep-  
tant la présidence de notre thèse.*

A NOS MAITRES DANS LES HOPITAUX

MM. LES DOCTEURS DEROYE ET PARIZOT, (*in memoriam*) ; PETITJEAN, A. LECLERC, MÉDECINS  
ET CHIRURGIENS DES HOPITAUX DE DIJON.

MM. LES PROFESSEURS BAR, HUTINEL ET NOBÉ-  
COURT, PROFESSEURS DE CLINIQUE DE LA FACULTÉ  
DE MÉDECINE DE PARIS.



## Introduction

---

### Les états précancéreux en général

Les états précancéreux ou stades précancéreux de Ménétrier présentent un intérêt considérable en clinique car leur traitement systématique ou tout au moins leur simple mise en observation semblent permettre de voir diminuer la fréquence du cancer.

D'autre part, ils paraissent susceptibles d'apporter quelques lumières dans la pathogénie, encore obscure, du cancer en général.

La plupart des auteurs, qu'ils se recommandent de la théorie microbienne ou de la théorie parasitaire, ont reconnu l'existence d'une relation de cause à effet ou simplement de coexistence, entre l'irritation chronique d'un viscère et le développement d'un processus cancéreux à ce niveau.

Des faits nombreux et incontestables observés en clinique ne permettent pas de discuter ce point qui semble être définitivement acquis.

Mais à côté du rôle joué par ce facteur local, il faut faire intervenir la notion de terrain, d'âge et de troubles nerveux, et il semble bien que « l'état

précancéreux peut être considéré comme un trouble trophique, susceptible de dégénérer en cancer si sa cause persiste, mais de guérir, par un traitement approprié ».

L'étude de ces troubles sympathiques ne semble pas avoir attiré l'attention des différents auteurs ayant étudié le cancer, et pourtant l'irritation ou l'inflammation des terminaisons nerveuses jouent un rôle considérable dans l'apparition des épithéliomas.

L'ensemble des statistiques publiées jusqu'à ce jour montre que 95 % des cancers frappent les organes à innervations sympathiques prédominantes, comme le sont l'estomac, l'œsophage et l'utérus ; alors que les voies biliaires et les poumons sont beaucoup plus rarement atteints.

Les lésions précancéreuses sont diverses et variables, et c'est ainsi que les lésions initiales peuvent être représentées par une ulcération, une inflammation chronique, une brûlure ou une cicatrice.

Le prototype de ces états précancéreux est représenté par la plaque leucoplasie linguale, véritable cancer en puissance, qui est le stade initial de presque tous les cancers de la langue.

Alors que le cancer du vagin est exceptionnel, celui du col utérin par contre est le plus fréquent et ce fait est vraisemblablement dû à la fréquence des infections chroniques du col.

Ce dernier segment de l'utérus possède, outre un riche réseau glandulaire, une innervation sympathique complexe et abondante.

En résumé, si l'irritation chronique permet la localisation du cancer, tout donne à croire qu'il est nécessaire qu'elle soit secondée par des facteurs nerveux se manifestant sous forme de troubles trophiques, créant une véritable « méiopragie précancéreuse. »

Le rôle du système nerveux semble avoir été signalé pour la première fois par Lancereaux, en 1898, dans la revue des maladies cancéreuses : « Le cancer est le résultat de l'hérédité nerveuse, c'est spécialement sur des sujets déprimés, dont les fonctions nerveuses se trouvent éteintes et dont la vie se déroule sous cette action dépressive que le cancer peut se développer, » et il considérait non pas tant sous le jour d'une tumeur isolée, mais bien comme une maladie générale frappant l'individu tout entier. Stajano admet l'origine nerveuse des plaques leucoplasiques linguales et vulvaires.

Pour lui les plaques leucoplasiques jeunes, récentes, à aspect lisse uniforme et nacré dégénèrent beaucoup plus rarement que les plaques de leucoplasie anciennes et craquelées.

Enfin l'étude expérimentale du cancer a montré que celui-ci se développe beaucoup plus rapidement à la suite d'applications répétées de goudron de houille, si l'on a eu soin de sectionner antérieurement les troncs sympathiques innervants la région frictionnée.

En résumé, il semble bien que le cancer soit favorisé par la riche innervation sympathique et la

haute différenciation d'un viscère, en même temps que par certaines causes occasionnelles, locales, telles que l'irritation mécanique inflammatoire et chimique, et générales comme l'âge et les tares héréditaires acquises (syphilis).

## **Etude Histologique du Col Utérin**

Il importe de bien distinguer la définition anatomique et la définition histologique du col utérin.

Anatomiquement :

Le col utérin comprend toute la portion sous-isthmique de l'organe et est creusée de la cavité cervicale.

Mais histologiquement :

La cavité cervicale est revêtue dans sa partie haute par un épithélium cylindrique analogue à celui de la cavité utérine proprement dite.

Par contre, la partie basse du canal cervical et la portion vaginale du col sont revêtues d'un épithélium pavimenteux dont la dégénérescence fournit des cancers mixtes à formules baso ou spino-cellulaires.

De plus, le col est bourré de glandes revêtues d'un épithélium cylindrique muqueux et à aspect papillaire imprimant aux glandes une forme polycyclique.

Ces glandes très nombreuses au niveau de l'orifice externe sont de plus en plus espacées et de plus en plus rares au fur et à mesure que l'on remonte près de la cavité utérine.

Dans la partie haute du col, leur lumière est vaste et leurs ramifications sont peu nombreuses.

Elles constituent à la surface du muscle une nappe continue ne le pénétrant pas.

Au niveau de l'orifice cervical les glandes sont plus vastes pénétrant le tissu conjonctif ; les culs-de-sac glandulaires débordent l'épithélium pavimenteux alors que leur orifice est simple, leur terminaison présente des ramifications très développées.

## **Etude Histologique des Glandes Cervicales dans le Cancer du Col Utérin**

---

Les lésions de la métrite cervicale chronique entraînent une métrite hyperplasique, voire polypéuse, résultant de la prolifération épithéliale des éléments glandulaires du col utérin.

Cette prolifération infectieuse à son degré le plus léger donne un aspect papillaire à l'épithélium mais le plus souvent elle entraîne des lésions beaucoup plus marquées frappant le tissu conjonctif qui forme des replis tendant à se creuser et à gagner en profondeur.

Ces lésions sont connues en clinique sous le terme de polype muqueux du col ou ectropion de la muqueuse cervicale, il se présente surtout sous forme kystique avec rétention de mucus dans la cavité glandulaire.

Toutes ces inflammations cervicales s'accompagnent le plus souvent d'une prolifération de l'épithélium et des observations nombreuses permettent d'obtenir un rapport entre cette prolifération inflammatoire et les lésions cancéreuses.

En effet, l'étude des coupes histologiques de cancer du col utérin a montré la présence fréquente de glandes à aspect œdémateux disséminées entre les éléments cancéreux.

Un organe atteint de lésions inflammatoires chroniques, spécifiques ou non, présentera des productions lymphocytiques de types variés, tout à fait indépendantes du développement cancéreux.

Mais on touche à un point fort discuté :

Celui de la préexistence possible de lésions inflammatoires ou irritatives avant toute évolution maligne : y a-t-il des réactions lymphocytaires locales antérieures à cette évolution ? La réponse doit être affirmative en ce qui concerne au moins les tumeurs superficielles, cutanées ou muqueuses ulcérées.

Le clivage est le mode normal de multiplication des adénomes du col.

La desquamation par place suivie de régénération glandulaire est le processus observé ; dans les cas de légère infection il n'existe pas de karyokinèse, mais des figures de clivage nucléaire dans le sens vertical c'est également le processus qu'a observé Champy dans le développement des adénomes : ultérieurement la cicatrisation entraîne la formation d'un épithélium à cellules aplaties et étalées formant une surface étendue au maximum, ces éléments ont perdu la propriété de sécréter du mucus et sont recouverts de bordure en brosse.

Le développement du cancer semble toujours se

produire au cœur d'une formation adénomateuse, c'est du moins ce qui ressort des travaux de Champy :

« Ce développement local est marqué, d'après ces auteurs par le fait que les glandes cancérisées sont toujours serrées les unes contre les autres là où elles existent.

Il est nettement visible dans les cas signalés où le cancer se développe en un point limité d'un adénome ».

Les conclusions de cette étude ont en effet une grosse importance pratique et tout adénome devra être suivi d'une biopsie qui permettra :

1° D'affirmer le cancer toutes les fois que ces glandes présenteront un épithélium sans mucus avec figure de karyokinèse.

2° Toutes les proliférations anormales étendues dans la zone des glandes cervicales devront être considérées comme suspectes.

3° La présence exclusive de tubes glandulaires avec épithélium muqueux et sans karyokinèse caractérisera la prolifération inflammatoire bénigne d'un adénome dégénéré.

Au point de vue chirurgical tout adénome diagnostiqué devra être extirpé largement et l'intervention devra dépasser les limites de la lésion.

---

## Cancer et Fibrome du Col

---

Les rapports entre le cancer du col utérin et l'existence d'un fibrome sous-muqueux ou intersticiel à ce niveau ont été longuement discutés alors que la possibilité de dégénérescence sarcomateuse du tissu fibromateux est admise par tous les auteurs.

La présence d'un fibrome entraîne des troubles circulatoires à type congestif frappant la muqueuse utérine.

Cette vascularisation anormale entraîne une endométrite glandulaire et prolifération du tissu conjonctif.

Haultain a insisté sur la prédisposition qu'offrent les utérus fibromateux à se Cancériser.

Pour Schœder le fibrome entretient une infection muqueuse chronique et la prolifération glandulaire qui en résulte pourrait entraîner la transformation d'un adénome bénin en un adénome malin.

Plus récemment Itchikawa a insisté dans ses recherches de carcinologie expérimentale sur l'influence du système nerveux périphérique sur le développement des tumeurs ; le fibrome serait alors

un agent traumatique du réseau nerveux du col entraînant « une hypotonie sympathique très favorable au développement néoplasique ultérieur » (Sendrail).

C'est ainsi que par les troubles circulatoires et la métaplasie glandulaire le fibrome du col constituerait un état précancéreux. Il est à ce sujet assez intéressant d'étudier l'influence des traitements radiothérapiques sur le fibrome et Begouin dans une observation de cancer du col utérin après radiothérapie pour fibrome a insisté sur les réserves qu'il fallait faire au sujet de ce traitement auquel tous ces cas ne ressortissent pas.

---

## Le Cancer du Col restant après Hystérectomie Subtotale

---

L'épithélioma du col restant constitue actuellement une lésion dont l'existence ne saurait en aucun point être contestée.

Il a été surtout étudié par Richelot.

Mais les cas en sont peu nombreux et le chiffre classique est celui de 1 % fourni par Jean-Louis Faure et Forgue.

Un point intéressant de son étiologie est le fait qu'il survient dans 90 % des cas après hystérectomie abdominale pour fibrome et beaucoup plus rarement après des interventions pour kyste ou salpingite.

Il ne semble d'ailleurs pas plus fréquent que le cancer survenant chez une femme non opérée ou que les cancers de la branche vaginale. Sa date d'apparition est extrêmement variable et l'intervalle libre peut aller de un à treize ans (Observation de Braun 1923).

Mais l'observation montre sa plus grande rareté au fur et à mesure que l'on s'écarte de la date de l'intervention.

Il s'agit surtout de formes exo-cervicales souvent inopérables ; leurs symptômes sont ceux du cancer du col banal ; on est toutefois surpris de voir des pertes sanguines réapparaître après hystérectomie et ce seul symptôme doit immédiatement attirer l'attention.

Les discussions pathogéniques sont également très nombreuses, Schoeder et Haultain insistant toujours sur le fibrome comme cause favorisante, Pedsy sur la transformation de la muqueuse et son hyperplasie, enfin un certain nombre d'auteurs font relever de la sympatricectomie partielle du col résultant d'une hystérectomie subtotale entraînant une méiopragie locale et une simple cause occasionnelle suffira pour déclancher le processus cancéreux.

Quoi qu'il en soit, son pronostic est extrêmement grave pour Monod : 50 % de ces malades succumbent à cette complication.

Quant à la prophylaxie, il faut retenir l'évidement conoïde du col ou la cautérisation de la muqueuse et rejeter, semble-t-il, l'hystérectomie totale et préférer la subtotale comme le veut Jean-Louis Faure.

Pour lui :

« Il n'est pas possible qu'une opération plus longue, plus difficile à l'hémostase, plus délicate, où l'asepsie est plus difficile à réaliser à cause de l'ouverture du vagin, où la vessie est quelquefois meurtrie, où l'uretère court quelques risques, il n'est pas possible que la totale ne soit grave.

Et je ne comprendrai jamais, dans ces conditions, qu'on se donne dans tous les cas la peine de pratiquer une totale pour finir par perdre quelques malades de plus.

Et en admettant même que la mortalité soit égale, nous devrions préférer la subtotale, ne fut-ce qu'à cause de sa simplicité. Cultivons et enseignons la chirurgie simple ».

---

## Cancer du Col et Syphilis

---

Si l'on s'en réfère aux rapports existants entre la leucoplasie linguale et le cancer de la langue, il est possible que ces mêmes relations existent entre le cancer du col utérin et la syphilis.

La syphilis tertiaire, bien que plus rare que le chancre et les accidents secondaires, frappe assez souvent le col utérin, mais ses manifestations banales la font souvent confondre avec des lésions locales beaucoup plus fréquentes à ce niveau.

Audry a rapporté un cas de cancer du col greffé sur une plaque de leucoplasie typique avec plasmome et artérite ; la réaction de Bordet-Wassermann chez cette malade était positive. Dans une seconde observation, une double biopsie montra tout d'abord une leucokératose cervicale suivie d'une véritable dégénérescence épithéliomateuse.

Enfin, un certain nombre de statistiques ont montré la fréquence de réactions sérologiques positives chez des malades porteuses de cancers du col utérin et d'autant plus fréquemment qu'il s'agit de jeunes cancéreuses.

Il semble donc bien établi que la leucoplasie cervicale de l'utérus doit être considérée comme un état cancéreux nécessitant une surveillance attentive et des examens répétés.

## Cancer du Col et Traumatisme

---

Le traumatisme du col utérin semble être un facteur favorisant du cancer, il peut s'agir de cicatrices liées à l'évolution antérieure d'une ulcération banale de cervicite gonococcique ou de la consolidation d'une déchirure commissurale infectée du col utérin.

Ces lésions s'accompagnent d'une phagocytose abondante limitant l'ulcération par des bords épais et durs.

Il serait intéressant à ce sujet de préciser les rapports qui peuvent exister entre l'application de caustiques, en particulier de néo-filhos, et l'évolution ultérieure d'un cancer du col ; d'ailleurs, pour Siredey :

« Il faut se méfier des adénomes sessiles, malgré leur apparence bénigne. A mon avis, ils ne doivent pas être traités médicalement : le thermo-cautère, la galvanisation, le caustique filhos sont, en pareil cas, des agents infidèles et trompeurs. Il faut les enlever et les faire soigneusement examiner au microscope, et si l'on conserve le moindre doute, même en

présence d'un résultat négatif, il est préférable de recourir à l'hystérectomie totale d'emblée ».

(Bulletin de la Société d'Obstétrique et de Gynécologie de Paris, 1921).

---

## Observations

---

### OBSERVATION I

(R. Princeteau, *Paris Médical*, 20 juin 1925)

S. Z..., 37 ans, entre dans le service de M. le Professeur Guyot, le 17 novembre 1924, pour métrorragies. normalement réglée, sans passé génital pathologique. Bon état général. Au toucher, tumeur grosse comme un œuf de pigeon, dure, arrondie, lisse, avec un pédicule qui pénètre dans le col. Corps un peu gros, de consistance et de mobilité normales. Au spéculum, tumeur lisse, recouverte d'une muqueuse un peu rougeâtre ; le col qui l'encercle paraît sain. Diagnostic : Polype en voie de sphacèle.

Intervention le 20 novembre 1924. Exploration à l'hystéromètre ; cavité normale, pédicule à 2 centimètres de hauteur environ. Polypectomie par torsion. Le pédicule ne saigne pas. A l'examen macroscopique, la tumeur a tout à fait l'aspect d'une tumeur fibreuse ; elle ne paraît même pas sphacélée. Pas d'examen microscopique.

La malade sort le 1<sup>er</sup> décembre 1924, en bon état, ayant eu seulement pendant quelques jours une température axillaire de 37°5, et quelques pertes sanguinolentes qui ont disparu. Au toucher, le col est normal, un peu gros et entr'ouvert.

Dès le 16 décembre, la malade présente des douleurs

lombaires intenses avec irradiations dans les cuisses. Son état général s'altère d'une manière aiguë. Souffrant de plus en plus, elle revient dans le service le 5 janvier 1925, soit un mois environ après sa sortie. On est en présence d'une femme déjà cachectique, avec un épithélioma du col typique, ayant envahi les culs-de-sac du vagin, les cloisons recto et vésico-vaginales et les deux paramètres ; la biopsie révèle un épithélioma basocellulaire. La malade, jugée inopérable, est envoyée au service de radiumthérapie de M. le Professeur Rechou, où on considère que l'étendue des lésions contre indique même l'application du radium.

## OBSERVATION II

(D'Hartmann, de Villiers)

Polype fibreux du col de l'utérus en voie de transformation néoplasique.

Femme de 59 ans, quatre enfants, couches normales.

Pas de maladies graves dans ses antécédents. Il y a quinze ans environ, en allant à la selle, elle sentit, à la suite d'efforts, une grosseur lui descendre dans le vagin ; il y a dix-huit mois, hémorragies continuelles plus fortes aux approches des périodes menstruelles. La tumeur fut prise par un médecin pour un utérus prolapsé, il conseille le port d'un pessaire Dumontpallier. Les hémorragies continuent et les douleurs apparaissent.

Cette malade me fut envoyée ; je sentis au toucher une tumeur du volume du poing, suspendue au col par un pédicule. La vascularisation paraissait forte. A la base du pédicule, commencement d'ulcération bourgeonnante d'allure et d'aspect suspect.

Amputation du col. La pièce montre des petits bourgeons ulcéreux ; l'examen de ces coupes ne laisse aucun doute sur la transformation néoplasique de la tumeur.

### OBSERVATION III

(Hartmann, d'Allaines et J. Surmant)

Adénome pédiculé du col utérin avec début de transformation cancéreuse.

Les cas d'adénomes pédiculés du col utérin sont très rares. Les exemples, rapportés par MM. H. Hartmann et Lecène (*Annales de Gynécologie et obstétrique*, mai 1908, p. 1) par Mansfeld (*Zeit, J. Geb. u. Gynak*, t. LX, p. 369) concernant des tumeurs entièrement bénignes. Le cas suivant, observé par M. Hartmann, est au début de la transformation néoplasique.

« Il s'agit d'une femme de 47 ans, entrée le 16 octobre 1922 dans le service de M. le Professeur Hartmann, pour des pertes rosées survenues depuis dix-huit mois ; parfois après un traumatisme minime, la malade perdait un peu de sang pur.

« Par le toucher vaginal et l'examen au spéculum, on trouva une tumeur grosse comme un marron, ferme et saignotante légèrement irrégulière.

« Cette tumeur était portée par un pédicule court, implanté sur la lèvre postérieure du col qui paraissait sain par ailleurs.

« Le 20 octobre, M. le Professeur Hartmann pratiqua une hystérectomie totale ; la malade guérit rapidement, et a été revue depuis en bonne santé. Cette tumeur se montre constituée par un adénome typique développé aux dépens de la muqueuse du canal cervical et

du museau de tanche dont on retrouve les aspects normaux sur le pédicule. En plein milieu de la tumeur, on trouve des boyaux épithéliomateux ; il s'agit d'un épithélioma pavimenteux, mais sans globes cornés, ni épines, et en d'autres points conservant la propriété de faire du mucus.

« Il s'agit de la transformation maligne d'un adénome qui jusqu'ici n'avait été observé qu'au stade bénin. Nous avons donc cru intéressant de rapporter ce cas qui, en dehors de son intérêt au point de vue diagnostic clinique, vient mettre en garde contre la transformation cancéreuse de ce genre de tumeur, transformation qui n'était jusqu'à présent que soupçonnée. »

---

#### OBSERVATION IV

(Thèse Genin-Bordeaux, 1925-26)

Epithélioma du col restant.

Mme L..., 56 ans, se présente à la consultation de la clinique chirurgicale (Professeur Chavannaz) le 31 juillet 1925, parce qu'elle a quelques pertes hématiques depuis un mois.

*Antécédents héréditaires et collatéraux.*

Père mort à 67 ans, paralysie.

Mère morte à 51 ans, ascite et ictère.

Un frère mort en 1915 d'une lésion de l'estomac.

Quatre sœurs vivantes, bien portantes.

*Antécédents personnels*

La malade qui est l'aînée des six enfants déclare avoir eu une fluxion de poitrine vers l'âge de 6 ans mais ne pas se souvenir d'autre maladie.

Réglée à 12 ans; règles d'abondance moyenne durant quatre à cinq jours, survenant avec deux jours d'avance; trois grossesses normales à 24, 30 et 35 ans, terminées par un accouchement à terme, normal, spontané d'enfants (trois filles) bien constituées. Lever, le huitième jour après l'accouchement; deux fausses couches, pour lesquelles la malade n'est restée que trois jours alitée.

Vers 1916, les règles deviennent beaucoup plus abondantes sans toutefois augmenter de durée.

Le Docteur Rupeau, consulté, porte le diagnostic de fibrome utérin; les hémorragies s'accroissent, il adresse la malade à la consultation de la clinique chirurgicale (Professeur Chavannaz). L'intervention, jugée nécessaire, est acceptée par la malade en 1918, soit deux ans après le début des accidents.

A ce moment le fibrome utérin atteint le volume d'une tête, il est nettement perçu à la palpation abdominale même de la patiente, qui le mobilise aisément dans le sens transversal sans déterminer aucune douleur.

Le 25 novembre 1918, la castration utéro-ovarienne (avec hystérectomie subtotala, suivant la technique habituelle) est pratiquée par M. le Professeur Chavannaz. L'intervention n'est suivie d'aucun incident; la malade sort le 21 décembre 1918 et reprend bientôt son travail.

Aucune perte, aucun trouble, jusqu'en juillet 1925, soit six ans et demi après l'opération. A ce moment, en allant à la selle, la malade est surprise de perdre par le vagin une petite quantité de sang rouge. Dans les jours qui suivent, les pertes persistent irrégulières, spontanées, sanglantes, sans aucun signe fonctionnel, sans modification de l'état général. Et, c'est, peut-on dire, par prudence que la malade, avertie par son passage dans un service hospitalier, mais nullement inquiète, vient demander notre avis.

L'état général demeure, en effet, excellent ; le ventre est souple, la cicatrice abdominale en parfait état, le toucher vaginal décèle un moignon de col utérin à la hauteur normale, légèrement augmenté de volume, parfaitement mobile, mais saignant légèrement au contact et un peu dur. L'examen au spéculum confirme l'existence d'une lésion cervicale (lèvre postérieure) et l'examen histologique (Docteur P. Nadal) du fragment prélevé vérifie le diagnostic clinique d'épithélioma du col.

La malade, prévenue de la nécessité d'une nouvelle intervention, entre à nouveau dans le service, salle 9, lit 11 à la fin août 1925.

Le 10 septembre 1925, sous anesthésie générale à l'éther avec l'appareil d'Ombredanne, laparotomie médiane sus-ombilicale (Professeur agrégé Jeanneney, aide J. Chavannaz). Pas d'adhérences, le col, la partie adjacente du vagin et du paramètre sont enlevés suivant la technique classique. Mèche vaginale. Péritonisation et fermeture de la paroi abdominale en trois plans, sans drainage.

#### Opération sans incident.

La pièce est constituée par un col porteur d'une lésion cancéreuse déjà importante, mais qui n'a pas dépassé les limites du moignon.

Les suites sont normales et la malade sort le 4 octobre 1925. Elle revient se faire examiner le 31 octobre 1925. Etat local et général parfait.

---

### OBSERVATION V

(Jeanneney et Chavannaz, *Soc. de chir. de Paris* 1925)

Cancer du col restant après hystérectomie pour fibrome).

Mme L..., 56 ans, se présente à la consultation de la clinique chirurgicale du Professeur Chavannaz en juillet 1925 pour des pertes rouges apparues depuis un mois.

Cette femme avait subi en décembre 1918 une hystérectomie subtotalaire pour fibrome du volume d'une tête d'adulte dont les premières manifestations cliniques remontaient à 1916 (ménorragies).

Le père de la malade est mort hémiplégique ; la mère à 51 ans, ascétique et ictérique ; un frère d'une affection gastrique indéterminée.

La malade a eu trois grossesses normales avec accouchement à terme et levers au huitième jour, puis deux fausses couches de trois mois.

De 1918, date de l'hystérectomie, à juillet 1925 (soit 6 ans  $1/2$  aucune perte.

Au début de juillet, de petites pertes de sang survenues à l'occasion de la défécation amènent la malade à la consultation.

Le toucher décèle un moignon cervical à la hauteur normale légèrement augmenté de volume ; parfaitement mobile, mais saignant légèrement au contact et un peu induré.

L'examen au spéculum confirme l'existence d'une lésion de la lèvre postérieure, et la biopsie vérifie le diagnostic clinique d'épithélioma du col (P. Nadal).

Le 10 septembre sous éther à l'Ombredanne, laparotomie médiane sous-ombilicale.

Pas d'adhérences. Le col, la partie adjacente du vagin et du paramètre sont enlevés largement en bloc suivant la technique classique. Section du vagin au thermocautère. Mèche vaginale. Péritonisation et fermeture de la paroi abdominale en trois plans sans drainage.

Opération simple sans incident ni suites : la malade quitte le service le 9 octobre 1925 et est revenue en décembre 1928 en parfait état local et général.

## Conclusions

---

I. L'étude des états précancéreux du col utérin permet d'instituer un traitement chirurgical préventif et de diminuer la fréquence du cancer.

II. Toute femme ayant présenté des accidents infectieux ou traumatiques au niveau du col utérin devra être examinée au moment de la ménopause.

III. Il est de toute nécessité de traiter chirurgicalement et le plus précocement possible les adénomes, les leucoplasies, les polypes et les fibromes du col utérin.

IV. La cervicite blennorragique et les déchirures traumatiques nécessiteront une cicatrisation aussi parfaite que possible.

V. Tout fragment de col utérin extirpé au cours d'une intervention devra être examiné par biopsie.

VI. On évitera de pratiquer des cautérisations du col trop fréquentes et à intervalles trop rapprochés, susceptibles de déterminer un processus irritatif, véritable état précancéreux.

*Vu, le Doyen :*                      *Vu, le Président :*

ROGER.

J.-L. FAURE.

*Vu et permis d'imprimer :*

*Le Recteur de l'Académie de Paris,*

CHARLETY.

## Bibliographie

---

- ALBERTIN. — Néoplasme du col au début (Lyon Méd. 1912, CXVIII, 1209-1212).
- AUBRY et SUQUET. — Cancer du col utérin et syphilis (Ann. de dermat. et syphil., Paris 1922, 6<sup>e</sup> v. III, 206-208).
- F. BANG. — Démonstration expérimentale d'un temps de latence dans l'éclosion des tumeurs malignes. (Comptes rendus de la Société de Biologie, T. LXXXVII, n<sup>o</sup> 27, p. 754, 1922).
- Sur les processus histologiques au cours d'évolution du cancer du goudron chez les souris blanches. (Ibidem, T. LXXXVII, p. 757, 1922).
- BEGOUIN. — Cancer du col utérin après radiothérapie pour fibrome. (Bulletin Soc. d'obst. et de gyn. de Paris, 1920, IX, 456-461).
- Pyométrie du cancer du col. (Gaz. de gyn., Paris, 1907, XXII, 97; XXVIII, 127).
- H. BONNIN. — Les lymphocytoses dans la défense de l'organisme contre le cancer. (Bull. Ass. Franç. contre le cancer, mai 1923).
- CARRA. — Les néoplasmes. (Paris, 1924, T. III, p. 5).
- CHAMPY et COCA. — Pathogénie du cancer et culture des tissus. (Journal de Physiologie et de pathologie, gén., T. XVIII, 1919).

- G. CHAVANNAZ. — Le cancer cervical est-il rare sur l'utérus prolapsé aux 2<sup>e</sup> et 3<sup>e</sup> degré ? (Bull. et mém. Soc. de Chirurgie de Paris, 1923, XLIX, p. 185).
- CLUNET. — Recherches expérimentales sur les tumeurs malignes. Tumeur développée sur une radiodermite expérimentale. Thèse Paris, 1910.
- DEELMANN. — Sur les rapports entre la genèse du cancer du goudron et le traumatisme. (Bull. Assoc. pour l'étude du cancer, décembre 1924).
- GENIN. — Les états précancéreux dans le cancer du col de l'utérus. (Thèse Bordeaux, 1925, 261).
- GIROUD. — Phénomène de cicatricatrisation chez la lamproie et le lombric. (Arch. d'ant. medic., mai 1921).
- ITCHUKAWA ET KOTSAREFF. — Influence du système nerveux périphérique sur le développement des tumeurs. Neurectomies et sympathicotomies sur des lapins porteurs de tumeurs expérimentales. (Bull. Ass. Franç. pour l'étude du cancer, avril 1925, p. 195).
- G. JEANNENEY. — Le cancer: (Collection du petit précis. Maloine 1925).
- Cancer et maladies générales. (Gaz. hebdomadaire des sciences médicales de Bordeaux, octobre 1925).
- M. LEPREVOST. — Le cancer du col de l'utérus avant 30 ans. (Paris, 1913, Jouve et C<sup>o</sup>).
- LEREBOULLET, HARVIER, GUILLAUME, CARRION. — Sympathique et glandes endocrines. (Traité).
- MAURIAC, BONNARD et SERVANTIE. — Compte rendu Soc. de Biol., Bordeaux, 1923, T. LXXXVIII, p. 706).
- MENETRIER. — Les causes locales du cancer. (Paris medic. 10 février 1925, p. 145).
- Le cancer. (Traité).

MONTALIER. — Epithélioma du col de l'utérus et fibrome. (J. de Méd. de Bordeaux, 1909, XXXIV, p. 377).

K. MOUKAYE. — Recherches sur les néoplasies des glandes du col utérin. (Gynéc. et Obst., Paris 1922, V. 39-691).

MURPHY, MAISON ET STURM. — Le cancer. (Bruxelles, 1923, T. I, n° 2, Journal of. exper. Med. 1923, p. 645, et Bull. de l'Ass. Fr. pour l'étude du cancer, fév. 1924).

PALLARD. — Insuffisance pluriglandulaire. (Presse med., septembre 1921).

R. PETIT. — Note sur le cancer du goudron. (Bull. Ass. Française pour l'étude du cancer, nov. 1923).

PRINCETEAU R. — Cancer du col à début polypeux. (Paris Médical, juin 1925, p. 555).

ROUSSY, LEROUX ET PEYRE. — Etat actuel de nos recherches sur le cancer expérimental du goudron. (Presse Médicale, vol. I, p. 38).

Le rôle du facteur terrain dans la production expérimentale du cancer du goudron. (Bull. de l'Académie de Médecine, juin 1922).

G. DE ROUVILLE. — La lutte contre le cancer du col de l'utérus, diagnostic précoce et intervention large. (Revue Franç. de Gyn. et d'Obst., Paris, 1921, XVI, p. 342).

SENDRAIL M. — Etudes de carcinologie expérimentale. (Thèse Toulouse, 1925).

DEELMANN. — Ueber experimentelle maligne Geschwulste durch Teereinwirkung bei Mäusen. (Zeitschrift für Krebsforschung, Berlin 1922, T. XVIII).

HEINEN. — Ueber das Adeno-carcinoma des cervix. (In: Diss. München 1903).

LIP<sup>8</sup>CHUTZ. — Zur Frage des Entstehung des experimentelle Teerkarcinome der Mau. (Leenwenheek Vereinigung, I. v. p. 18).

BENNOSCHE M. — A contribution to the study of the relation of erosion of the cervix to malignant growths of the uterus (A. M. J. Surg. N. Y., 1917, XXXI, I, 4).

HUGGINS. — Precancerous conditions of the cervix uterin. (Am. J. obst. et gynec., Saint-Louis, 1922, IV, 552-560).

WEST J. N. — Laceration of the cervix, its repair and relation to developpement of carcinome. (Post. graduage, N. Y., 1911, p. 390).

FORSDIKE S. — The early diagnosis of cancer of the cervix. (Clin. J. London, 1924, III, 126-129).

GINSBURG N. — The precancerous cervix. (Grace hosp. Bull. Detroit, 1924, VIII, 9, 11, 2° port.).

MOKENDICK A. — Cancer of the corvix in a multiparous Woman. (Brit. med., J. London, 1907, I, p. 139).

MARTZLOFF K. H. — Carcinoma of the cervix uteri, a pathological and clinical study with particular reference to the relative malignancy of the neoplastic process as indicated by the predominant type of cancer. (Bull. Johns Hopkins, Hosp. Balt., 1923, XXXIX, p. 141).

RUSSEL R. G. — The experimental production of tar carcinome in mice and rats. (The Journal of Pathology and Bacteriology, Vol. XXV, 1922).

ABRAMANNI R. — Bull. associations del piometra al carcinoma dell colle uteriae (Rev. d'obst. e gynec. prat., Palermo, 1923, v. 9-18).

KAARSBERG I. — Leucoplasia colli uteri. (Hosp. Tid. Kobenh., 1915, 5, R. VIII, p. 557).

Cancer colli utero on ulcere syphilitico. (Ibid. p. 559).

CHAMPY et CAS. — Patogenia del cancer y cultivo de tejidos cultivos de un adenoma del cuello uterino reproduciendo el cancer derivado de este adenoma. (Med. Ibera, Madrid, 1920, X, 73-93).

MONTANELLI. — Considerazioni supra due cai di tuberculosi cervicale papil omatosa secundaria. (Gynecologia, Firenze, 1907, W. P., 647-669).

POUEY. — Cancer genital en la mujer. (Informe al primer Congreso medico nacional, Montevideo 1916).

STAJANO. — Irritacion cronica experimental (Sociedad de cirugia, Junio 1922, Montevideo).

Traumatismo experimental y centros nervios (Facultad de medicina 1922, Montevideo).

Los centros tráficos (Communication al Congreso International de dermatologia y sifiligrafia de Montevideo, octubre 1921).

Los antecedentes del cancer epithelial mucocutaneo (vista de conjuntol) (Anales de la Facultad de medicina, 1921, p. 535).

Contribucion al estudio del cancer epithelial (en colaboracion con al doctor Clivio Nacio) (Rev. med. del Uruguay 1921, p. 542).

Traumatisme y cancer cervical uterino. Cancer y cervicitis (Communication al IIº Congreso medico nacional 1921).

Edad del cancer cervical. El cancer precoce (Communication al IIº Congreso medico nacional 1921).

Ditrofismo y leucoplasia (Rev. Medic. del U. año 1921, p. 6).

Irritacion cronica experimental (Comunicacion a la Sociedad de cirugia, Junio 1922).

La sympaticectomie hipogastrique Concurso Gallinal, Fac. Med. Montevideo (1922).

Precancer, Doin, Paris 1924.

Madalidades clinicas del traumatisme en les antecedentes del cancer cuello uterino, ulceracloses troficas de los prolapsos, uceraciones inflammatorias, desgarros, cicatrices, peserios (An. Fac. de Med. Montevideo 1923-24, IX, p. 46).



